

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

635

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GOUDOT

Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 24 Décembre 1911, à Arinthod (Jura)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC
DES TOXICOMANIES

(MORPHINOMANIE ET HÉROÏNOMANIE)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552210_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GOUDOT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Décembre 1911, à Arinthod (Jura)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC
DES TOXICOMANIES

(MORPHINOMANIE ET HÉROÏNOMANIE)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
GUÉNIOT.....			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

*Bien faible témoignage de ma
reconnaissance et de ma grande
affection.*

A MES FRÈRES

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR

LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ELIASCHEFF

*Qui nous a inspiré ce travail
et n'a cessé de nous guider dans
les moindres détails de son élaboration.*

Hommage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HALBRON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ.

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BRÉCHOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOLTANSKI.

MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAISSEAU.

INTRODUCTION

Il est généralement admis que c'est dans les pays arabes, à la suite de l'interdiction jetée par Mahomet sur l'alcool, que s'est répandu, à l'origine, l'usage de fumer l'opium.

La Chine a été ensuite contaminée et l'opiomanie est devenue un fléau social en Extrême-Orient. Son importance devint alors réellement internationale, la guerre de Chine, en 1839, peut être appelée « Guerre de l'Opium ».

Il faut arriver à la deuxième moitié du ^{xix}e siècle pour que l'opiomanie pose en France un véritable problème.

Auparavant l'Europe ne connaissait ce fléau que par les récits des rares explorateurs qui poussaient leurs voyages jusqu'au fond de l'Empire Céleste.

Pendant la première partie du ^{xix}e siècle, seule quelques milieux littéraires, avides de sensations nouvelles, connaissaient et goûtaient la joie des paradis artificiels, ainsi qu'en témoignent les écrits de Beaudelaire et de Thomas de Quincey.

A partir de 1830, les explorations et l'intensification des relations internationales, les expéditions militaires et coloniales, l'importance grandissante du trafic commercial restreignent l'isolement de l'Extrême-Orient, permettent de mieux connaître l'opium et en accroissent les facilités d'importation.

A ces modifications d'ordre économique viennent s'ajouter les découvertes médicales.

La pratique devenue courante des injections sous-cutanées permet l'absorption rapide et peu onéreuse de doses médicamenteuses relativement massives.

Les vastes services chirurgicaux de guerre en 1870, la nécessité de parer au déplorable effet moral de la souffrance et de l'agonie sur les blessés moins gravement atteints, ont obligé à user libéralement de la morphine. Les séquelles douloureuses ont prolongé cette expérience.

La grande chirurgie viscérale comporte, dans sa technique, l'emploi à peu près constant du chlorhydrate de morphine dans les premiers jours post-opératoires.

La découverte de l'héroïne, beaucoup plus soluble, deux fois plus active pour la même valeur pondérale que la morphine, permet l'absorption facile au niveau de la muqueuse nasale, sans aucun risque d'infection. La prise est un mode d'absorption du toxique qui ne comporte aucun appareillage, si ce n'est une petite spatule dont on peut même se dispenser en cas d'ur-

gence. Une simple petite boîte constitue tout le nécessaire de l'héroïnomane.

On conçoit l'importance d'un tel produit dans l'extension du domaine des toxicomanies.

Toutes ces circonstances ont aidé à la diffusion des stupéfiants chez tous les sujets prédisposés.

Elles ont fait du traitement un véritable problème social.

Elles expliquent également le nombre peu élevé d'opiomanes par rapport à celui des autres toxicomanes. En effet si en France les fumeries d'opium sont assez nombreuses, à Paris et dans certains grands ports tels que Toulon en particulier, elles gardent, malgré tout, une clientèle restreinte. L'absorption du toxique ne peut être massive, elle nécessite un certain nombre de pipes dont la durée ne peut être réduite dans de grandes proportions. De là, un certain obstacle à la diffusion, puisque la fumerie d'opium demande une grande liberté, du temps et souvent de grosses dépenses pécuniaires.

L'histoire des différents modes de traitement employés s'intrique avec l'apparition successive des différents toxiques.

C'est ainsi que jusqu'à ces dernières années, chaque fois que l'on a voulu remplacer la morphine par un de ses dérivés plus ou moins lointains ou par un toxique d'une autre famille qui se trouvent apporter un soulagement réel au patient, on s'est trouvé donner naissance à une nouvelle toxicomanie parfois plus tenace encore, parfois moins grave, mais alors

avec une efficacité thérapeutique symptomatique moindre.

Dans la première éventualité il s'est agi de l'héroïne, de l'eucodal, de l'eubine, etc... Ces divers produits sont venus s'inscrire successivement au Tableau « B ».

Dans la seconde, ce sont les barbituriques qui ont substitué une toxicomanie à une autre et le plus souvent les deux se sont superposées.

Il faut bien savoir que la presque totalité des morphinomanes sont des toxicomanes polyvalents. Ils usent successivement ou de façon concomitante de l'opium, de la cocaïne, des barbituriques, de l'éther, et de l'alcool, il est donc dangereux d'initier ces sujets à un toxique nouveau quel qu'il soit.

L'objet du présent travail est d'essayer de faire le point, d'établir le bilan des différentes méthodes thérapeutiques.

Nos conclusions sont basées sur une statistique qui n'est peut être pas extrêmement importante; mais ce qui lui donne sa valeur, c'est moins le nombre des cas que la façon constante dont nous avons pu les suivre.

Les malades ont été observés heure par heure et sans qu'aucun symptôme de quelque importance ne nous ait été signalé.

Les conclusions que nous avons tirées de ces quelques observations, nous les apportons telles quelles, nous les avons voulues objectives. Elles ne sont nullement originales. Elles peuvent sembler un

démarquage des travaux de SOLLIER, nous n'avons fait que constater l'exactitude de ses conclusions qui demeurent, après de multiples tentatives thérapeutiques certainement louables, mais que l'expérience ne semble pas montrer être définitives.

Le traitement de la cocaïnomanie ne présente aucun intérêt au point de vue médical, elle n'est que d'ordre prophylactique et social, nous éliminons donc son étude.

Nous envisageons successivement :

L'historique de la morphine et de l'héroïne.
Quelques considérations générales sur les toxicomanes indispensables à connaître avant tout traitement.

Les diverses méthodes de désintoxications.

La discussion de ces diverses méthodes.

Le pronostic des toxicomanies.

Et enfin quelques considérations de prophylaxie sociale.

HISTORIQUE

L'historique de la morphine remonte à 1816, lorsqu'elle fut découverte par SEGUIN. En 1830, pour la première fois, LAFFARGUE de Saint-Emilion fait la première injection sous-cutanée de morphine dans un but thérapeutique ; il l'appelle alors « Inoculation d'opium ».

WOOD, en 1853, généralise cet emploi, mélangé au laudanum pour combattre les névralgies.

BELLIER introduit cet emploi en France en 1859.

Mais l'usage de la morphine est surtout généralisé par les médecins militaires allemands pendant les guerres de 1866 et 1870 ; ils l'utilisent sur une grande échelle sur leurs blessés. A ce moment la morphinomanie commença à se répandre chez les officiers et sous-officiers allemands.

Ce n'est qu'en 1875 que LEWINSTEIN fait la première description de la morphinomanie sous le nom de morphiumsucht. En 1883, BURKART publie un travail sur 150 cas de morphinomanie traités.

En 1900, MOREL-LAVALLÉE préconise l'héroïne,

que l'on employait déjà depuis deux ans en thérapeutique, comme substitutif de la morphine. COMAR et BUVAT signalent, en 1904, un cas d'héroïnomanie. En 1905, SOLLIER jette son « cri d'alarme » dans un article « Héroïne et héroïnomanie ».

Depuis, l'héroïne occupe de plus en plus de place et même dans certains pays comme les États-Unis, son emploi dépasse sensiblement celui de la morphine. La morphine reste l'apanage des classes aisées, médicales en particulier.

On note une nouvelle recrudescence des toxicomanies à l'occasion de la Grande Guerre, toujours à la suite des nombreuses piqûres faites aux blessés.

La vie facile des années d'après-guerre, l'argent facilement et rapidement gagné laissent de plus grands loisirs, le snobisme surajouté, ont encore accru la fréquence et la généralisation de l'usage des stupéfiants dans certains milieux.

La crise avec ses difficultés financières a certainement restreint le nombre de toxicomanes. C'est là un de ses trop rares bienfaits.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR LES TRAITEMENTS DES TOXICOMANIES

L'état mental des toxicomanes conditionne traitement et pronostic.

Il est le point crucial qui rend la thérapeutique complexe, les résultats hasardeux et l'avenir problématique.

L'étude de la cure de démorphinisation est inséparable du psychisme du malade.

Un tel problème ne se pose ainsi dans aucune autre affection, qu'il s'agisse d'un état organique au cours duquel le malade collabore avec le médecin, qu'il s'agisse d'un état mental au cours duquel le médecin a le droit et le devoir de diriger le malade.

Il existe deux types de toxicomanies, c'est un fait universellement admis : les toxicomanies accidentelles et les toxicomanies constitutionnelles.

Toute la distinction est dans le psychisme.

A l'occasion d'une sciatique, de céphalée persistante, de crise d'asthme chez l'homme, de règles douloureuses, de crise vésiculaire, de migraines chez

la femme, pour obtenir un succès facile, un médecin pratique une injection de morphine. Les phénomènes douloureux vite calmés ont vite réapparu, mais le malade a trouvé la cure idéale et au fur et à mesure que les poussées algiques se répètent, les injections de morphine font de même. Peu à peu les phénomènes d'accoutumance apparaissent et la toxicomanie s'est installée.

Le diagnostic étiologique des douleurs ayant permis un traitement efficace, celles-ci ont disparu, mais la toxicomanie persiste.

Chez le toxicomane accidentel la cure est aisée, la diminution progressive se fait sans difficulté, le patient se soumet sans récriminations aux prescriptions du médecin, il connaît l'importance de sa guérison pour son avenir, le résultat est définitivement acquis.

S'il s'agit d'un sujet chez qui cette tentative thérapeutique malheureuse va révéler un état constitutionnel, le pronostic, est tout différent.

Le psychisme de ce malade a été maintes fois décrit, il est d'une complexité, d'une richesse et d'un polymorphisme que réunissent cependant des caractères communs qui permettent de poser assez vite le diagnostic de toxicomanie constitutionnelle. Il s'agit d'un véritable diagnostic psychiatrique.

Nous envisagerons plus tard, lorsque nous étudierons le pronostic de la toxicomanie, le comportement du toxicomane vis-à-vis de sa famille, vis-à-vis de la société et vis-à-vis des autres toxicomanes.

Nous étudierons ici surtout le toxicomane au cours du traitement dans ses rapports avec le médecin.

Rarement le toxicomane vient faire une cure délibérément, de son plein gré, après avoir mûrement réfléchi. Souvent il y est obligé pour raisons de santé, pour des raisons familiales ou par des considérations affectives, pécuniaires, juridiques, de ravitaillement ou sociales.

C'est bien souvent un malade couvert d'abcès aux larges décollements, amaigri, parvenu à des doses très élevées, somnolent le jour, sans appétit, ayant perdu tout instinct sexuel, aménorrhéique chez la femme qui nous arrive. Il veut rétablir son état physique, réparer les délabrements cutanés et musculaires, reprendre du poids, retrouver un rythme de sommeil plus voisin du commun, recouvrer l'appétit, le désir sexuel et enfin abaisser, sinon supprimer, la dose de stupéfiant mais souvent avec au fond du cœur le secret espoir d'un nouveau départ avec une nouvelle période d'euphorie.

Parfois le toxicomane a pour conjoint légal ou non, un être dont la patience et la passivité n'est pas sans étonner ; cependant, il arrive qu'excédé par les dépenses excessives, par la crainte d'ennuis judiciaires, celui-ci arrive à imposer la cure. Il faut bien savoir que ce traitement est alors considéré comme une concession, comme un sacrifice fait à la communauté. L'échec ne peut être rejeté que sur celui qui a exigé la cure.

Plus rarement, c'est par amour que la cure sera

tentée, mais c'est un cas exceptionnel et nous ne le citons que pour mémoire, étant donné l'inconstance des toxicomanes.

Une des raisons majeures de l'entrée du toxicomane dans un Établissement de cure peut être le manque d'argent. Sans argent plus de drogue, par conséquent il faut se désintoxiquer. Il faut bien savoir que le médecin ne sera pas toujours payé, que les fonds qui peuvent éventuellement lui parvenir seront consacrés à l'achat d'une nouvelle quantité de drogue, et que leur arrivée peut déterminer le malade à quitter l'Établissement de cure.

Un incident médico-légal suivi de poursuites judiciaires peut amener le sujet à vouloir se guérir. L'hospitalisation permet de demander au Tribunal des remises pour raisons de santé et de plaider la responsabilité atténuée.

Du fait des hautes doses où est arrivé le toxicomane, son activité sociale est à peu près annihilée, et une réduction importante, sinon la suppression complète de toxique, permettront seules au sujet de reprendre pied et de continuer de gagner de quoi acheter sa drogue, et accessoirement d'assurer son existence et celle de sa famille.

Au moment où notre malade décide de se faire soigner, deux éléments vont jouer : d'une part, le désir d'aller vite ; d'autre part, la peur de souffrir.

Le toxicomane, du fait de son état mental, étant donné son amoralisme, ne connaît pas l'angoisse du lendemain, il n'a aucun souci de l'avenir, il vit essen-

tiellement au jour le jour. L'inquiétude, la prévoyance, les préoccupations qui sont l'intérêt de la vie, il ne les connaît pas. Il se préoccupe du présent, il craint de manquer de drogue, il craint de souffrir, il craint de ne pas dormir, en dehors de cela, tout lui est indifférent .

La drogue est un anesthésique puissant, elle supprime la douleur physique comme la douleur morale. Déshabitué de souffrir le toxicomane craint avant tout la douleur. Il voudrait que le traitement ne présentât aucune différence avec les jours qu'il vient de passer.

De là vient le charlatanisme qui a pu, dans ce domaine, se développer avec une richesse et une importance que peu de branches ont pu égaler en médecine. Les méthodes secrètes abondent, méthodes secrètes coûteuses et forfaitaires il faut bien le dire.

Si on lui garantit une cure indolore le malade est prêt à tous les sacrifices financiers qui d'ailleurs ne sont le plus souvent pas les siens.

Cette crainte de souffrir a pour conséquence la lutte constante que devra livrer le médecin contre le malade.

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

L'idée la plus simple qui vient pour traiter la toxicomanie est de supprimer d'emblée, purement et simplement, le toxique.

L'expérience a montré que cette suppression brusque était non seulement extrêmement douloureuse, mais encore dangereuse, et c'est ainsi que l'on a été amené à employer d'autres méthodes de sevrage.

Nous étudierons plus loin comment on envisage maintenant le traitement par la suppression rapide qui semble, à notre avis, donner les meilleurs résultats.

Désintoxication par les dérivés de la morphine. — On avait pensé désaccoutumer lentement le malade en substituant progressivement à la morphine d'autres médicaments. On a employé des alcaloïdes dérivés : c'est ainsi que l'héroïne a été introduite en vue d'essais thérapeutiques. Nous n'insisterons pas sur l'échec, il est tellement évident, il a eu de telles conséquences, que cet essai a pu être rayé de l'histoire de la thérapeutique.

De même, on a cherché à modifier la molécule chimique, à l'altérer, à la rendre inoffensive pour ce qui a trait à l'accoutumance. Les différents produits qui eussent été efficaces avaient tous les mêmes inconvénients.

Méthode de désintoxication par les barbituriques. — Lorsque les barbituriques sont apparus on a pensé trouver là un adjuvant et peut-être un moyen de supprimer tous les phénomènes douloureux.

C'est ainsi que l'on a essayé le somnifène, deux voies s'offraient : la voie intra-musculaire et la voie intra-veineuse.

La voie intra-musculaire est à repousser. Il est extrêmement difficile chez les toxicomanes de connaître à l'avance la dose qui pourra entraîner le sommeil. L'état de besoin modifie considérablement la sensibilité. C'est ainsi que nous avons vu un de nos malades résister à 10 c. de somnifène et, à la suite de l'injection de 1/2 centigramme de morphine, tomber dans un sommeil profond.

La voie intra-musculaire donne une période d'imprégnation progressive, marquée d'abord par une phase d'agitation assez marquée et qui peut se prolonger 1/2 heure à 3/4 d'heure. Il est impossible de faire le point du degré d'intoxication du malade, de savoir dans quelle mesure on a passé la dose nécessaire et dans quelle mesure on risque de la franchir.

La voie intra-veineuse doit être préférée ; elle a l'avantage, à condition d'être bien pratiquée à petites

doses répétées, de permettre de connaître à tout instant le degré d'intoxication du malade. La recherche des réflexes rotuliens et cornéens est précieuse : elle donne des renseignements qui ne risquent pas d'être modifiés dans le temps, comme dans la voie intramusculaire, du fait de la diffusion immédiate du produit.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer trois désintoxications au somnifène, une par voie intramusculaire, deux par voie intra-veineuse, nous y avons renoncé.

C'est en réalité un sevrage brusque avec tous les inconvénients et les dangers qu'il comporte.

Les doses doivent être assez fortes pour plonger le malade dans un demi-coma, d'où la nécessité d'une surveillance médicale constante. On vit 48 heures dramatiques au cours desquelles il est nécessaire de veiller à ce que le malade ne se déshydrate pas et que l'élimination rénale ne se ralentisse pas. Le réveil est pénible, marqué par de l'agitation, le malade crie, s'agite, tombe de son lit, tibute, l'élocution est difficile. Il ne conserve aucun souvenir de sa désintoxication ; l'état général s'améliore ensuite très rapidement.

On a de même essayé de pratiquer la désintoxication par l'anesthésie à la reine. Nous n'en avons pas l'expérience.

Méthode de désintoxication par les lipides végétaux.

— S'appuyant sur des données physiologiques, DUPOUY et DELAYILLE, ont pu mettre au point une méthode de traitement par les lipides végétaux.

Nous avons expérimenté cette méthode, des malades eux-mêmes nous l'ont réclamée, la tentative en était en effet extrêmement intéressante.

Nous ne décrirons pas le détail de la technique, nous ne pouvons que conseiller de se rapporter aux articles très complets de MM. DUPOUY et DELAVILLE, dans le « Monde Médical » et dans « l'Hygiène Sociale ».

Les nombreux médicaments ingérés : injections d'huile d'olive ricinée et licithinée, additionnée d'insuline, d'hypophyse-adrérenaline, d'huile camphrée-spartéinée, ingestions *per os* de pilules laxatives, de gardénal, de sirop de sucre, d'éphédrine ou de génésérine et d'hypnotiques divers, aident le malade à passer les heures les plus pénibles. De chacun de ces médicaments il attend un soulagement et c'est là un excellent élément psychologique.

Malgré cela, le tableau clinique réalisé dans les cas que nous avons observés, est assez impressionnant : agitation, douleurs dans les membres inférieurs, trouble de l'équilibre, grands frissons, sueurs profuses, diarrhées, vomissements, parfois même incontinence sphinctérienne. C'est là le tableau du sevrage brusque. Les malades sortent de la cure fatigués, titubants, amaigris, sans appétit.

Méthode brusque. — C'est une méthode qui est en dehors du domaine de la pratique courante ; les conditions de sa réalisation nécessitent une subordination

du malade qui n'est réalisée que par certaines circonstances administratives, policières ou pénales.

Un toxicomane est arrêté, il est conduit au dépôt et en prison ; le sevrage brusque est alors appliqué dans les conditions de sécurité et de tranquillité qui mettent à l'abri de toutes protestations du malade.

L'interruption brutale du ravitaillement peut déclencher de l'agitation et des troubles mentaux qui obligent le médecin à signer un certificat d'internement. Le malade arrive à l'asile où il ne lui est pas redonné de morphine. Là encore on a appliqué la même méthode.

La méthode brusque dans l'immense majorité des cas comporte un danger véritable.

Le sevrage est dramatique, il est douloureux, mais enfin les accidents mortels restent exceptionnels et relèvent de la littérature médicale.

Nous connaissons tel médecin qui, à la suite d'un anthrax, a pris de la morphine pendant un mois et s'y est accoutumé ; résolu à se soigner lui-même, il arrête brusquement pendant 48 heures. Il a souffert un véritable martyr, nous a-t-il dit. Lui-même s'étonne du courage qu'il a eu et ne saurait envisager de repasser une fois de plus par les mêmes souffrances.

Cette méthode donne des résultats rapides et immédiats, mais elle est contraire à toutes les règles médicales. Imposer un véritable martyr à des sujets déjà assez déshérités par leur vice est aussi inhumain que de ne pas anesthésier un malade grièvement blessé au cours d'une tentative de suicide. Un tel trai-

tement ne se justifierait qu'au cas où il présenterait des avantages au point de vue du pronostic à longue échéance ; hors cela on ne peut qu'augmenter la crainte du malade de se faire traiter.

Méthode lente. — Cette méthode n'est plus guère employée. Elle ne comporte aucun avantage.

Le temps dont dispose le malade est toujours limité et sur les semaines dont il dispose, la plus grande partie doit être réservée à la convalescence, au rétablissement normal du rythme du sommeil et à l'amélioration de l'état général.

Toutefois, un mauvais état général ou des complications organiques peuvent obliger à employer la méthode lente ; dans ces cas, le plus grave inconvénient de cette méthode qui est sa durée est supprimé, l'alitement du malade l'empêchant d'interrompre prématurément sa cure.

C'est ainsi qu'en janvier 1931 nous avons eu l'occasion de soigner un couple : le mari, un sujet très brillant, d'une vive intelligence, occupant une grosse situation dans une usine d'automobiles la femme était beaucoup moins intelligente, elle présentait un Basedow.

Lui, faisait une dose de 2 grammes d'héroïne par jour ; elle, une dose de 1 gramme.

Tous deux sont arrivés couverts d'abcès aux deux cuisses avec de larges d'écollements. Ces abcès les ayant immobilisés, on fut obligé de les amener d'urgence à la Maison de Santé ; ils se trouvaient en état

de sevrage brusque, aucun ravitaillement n'étant possible. Devant la gravité de leur état général, nous avons été obligés de pratiquer la méthode lente. Voici le tableau rapportant leur désintoxication.

	R. Georges				R. Lucienne			
	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
25-1-33 ..	3,5 cg	3,5	3	6,5	2,5	2,5	2	4,5
26.....	3	3	3	6	2	2,5	2	4
27.....	2,5	3	2,5	6	1,5	2,5	1,5	4
28.....	2,5	2,5	2,5	5	1,5	1,5	1,5	3
29.....	2,5	2	2,5	4,5	1,5	1	1,5	2,5
30.....	2,5	2	2	4	1,5	1	1	2
31.....	2	2	2	4	1	1	1	2
1-2-33 ..	2	2	2	4	1	1	1	2
2.....	2	2	2	4	1	1	1	2
3.....	1,8	1,8	1,8	3,5	0,9	0,9	0,9	1,7
4.....	1,6	1,8	1,6	3,2	0,8	0,9	0,8	1,6
5.....	1,5	1,6	1,5	3	0,8	0,9	0,7	1,5
6.....	1,4	1,4	1,4	2,8	0,7	0,7	0,7	1,4
7.....	1,2	1,2	1,2	2,4	0,6	0,6	0,6	1,2
8.....	1,1	1,1	1,1	2,2	0,6	0,5	0,6	1,1
9.....	1	1	1	1,6	0,5	0,5	0,5	0,9
10.....	0,9	0,9	0,9	1,6	0,5	0,4	0,5	0,8
11.....	0,8	0,8	0,8	1,4	0,4	0,4	0,4	0,7
12.....	0,7	0,7	0,7	1,2	0,4	0,3	0,4	0,6
13.....	0,6	0,6	0,6	1	0,3	0,3	0,3	0,6
14.....	0,5	0,5	0,5	0,8	0,3	0,2	0,3	0,5
15.....	0,4	0,4	0,4	0,6	0,2	0,2	0,2	0,4
16.....	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0	0,2	0,3
17.....	0,2	0,2	0,2	0,3				
18.....	0,1	0,1	0,1	0,2				

Pendant les trois jours suivants on remplace les piqûres de morphine par des piqûres de spartéine ou

de bromure de codéïne, elles-mêmes étant remplacées progressivement par des piqûres de sérum artificiel. Le 28 février 1933 toutes les piqûres étaient supprimées.

Les deux malades sortent ensemble le 31 mars pour aller dans le Midi.

Au début de mai de la même année nous apprenons le suicide du mari. En octobre nous revîmes la femme qui, elle, n'avait pas récidivé. Lui, était un toxicomane constitutionnel et elle était le type de la toxicomane accidentelle par contagion.

Méthode de suppression rapide. — Nous avons vu plus haut les diverses circonstances dans lesquelles le malade est amené à se décider à subir une cure de désintoxication. Nous n'y reviendrons pas.

Nous n'étudierons pas la cure à domicile ; nous ne connaissons, pour notre compte, aucun exemple de guérison de cet ordre.

Les conditions du traitement sont pratiquement irréalisables, le patient reçoit des visites, il a le téléphone à sa disposition, enfin il peut facilement sortir sans que la contrainte morale du médecin ait le temps d'intervenir.

Fouille au début, surveillance constante pendant la cure, ce sont les deux règles auxquelles on ne devra se soustraire sous aucun prétexte.

Dès l'arrivée du malade, il faut lui faire prendre un bain et faire une fouille minutieuse des vêtements y compris les doublures, les chapeaux (le ruban et le

revers), les objets de toilette, boîtes à poudre de riz, étuis, etc... Elle permettra non seulement de découvrir éventuellement des seringues, de la morphine, de l'héroïne en paquets ou en ampoule, mais encore de déceler les nombreux tubes d'hypnotiques dont le malade ne manque pas de se prémunir en prévision des insomnies tant redoutées.

Cette fouille n'ira pas sans protestations, mais il faut y procéder en la présentant comme une règle à laquelle le médecin ne peut se soustraire, elle doit être pratiquée en sa présence. Elle peut être ainsi complète et évite au personnel des hésitations, des malentendus que ces malades hypersensibles ressentiraient vivement.

On ne peut trop insister sur la richesse d'imagination des sujets pour arriver à frauder ; ils amènent avec eux de la drogue dissimulée, ils s'en font envoyer ou apporter. Tous les moyens sont bons : circonvenir le personnel, escalader les murs...

Le mari d'une de nos malades en traitement, nous informe qu'elle sera ravitaillée par une de ses amies. Nous faisons le guet et à une heure du matin nous entrons dans la chambre. Nous ne remarquons rien d'anormal. Nous sortons et apprenons le lendemain que l'amie était allongée sous le lit au moment où nous sommes entrés.

On assiste à ce paradoxe qui, quelle que soit notre expérience, nous déconcerte toujours, d'un sujet venant se faire soigner et faisant tout pour contre-carrer le traitement.

Il ne faut avoir l'air, à aucun moment, de suspecter sa bonne foi, il crie sa sincérité, il faut lui assurer qu'on y croit, mais cependant agir sans tenir compte de ses affirmations.

Nous en sommes arrivés à ne traiter aucun toxicomane sans une garde qui lui soit spécialement attachée ou sans qu'il soit placé dans un service de surveillance. Ceci permet de prévoir les raptus anxieux au cours desquels ces malades sont susceptibles d'attenter à leur vie.

Ici se pose un problème capital, celui de la dose prise par le malade pendant les jours qui ont précédé sa décision.

Il est une règle absolue, c'est celle qui consiste à ne tenir aucun compte de ce qu'il peut prétendre.

Deux causes d'erreurs essentielles entrent en jeu : d'une part, l'ignorance réelle où est le malade des doses prises ; la drogue achetée est le plus souvent impure et la dose qu'il considère comme réelle est bien souvent exagérée. D'autre part, la crainte d'une diminution trop brusque fait qu'il accuse une intoxication beaucoup plus forte qu'elle ne l'est en réalité. Cela d'ailleurs peut comporter des conséquences graves ; nous rappelons à ce sujet un fait intéressant rapporté par le Dr SERIEUX et qui s'est passé dans un asile des environs de Paris. Le malade à son entrée accuse une dose de 1 gramme d'héroïne ; le jeune interne de service fait la dose thérapeutique correspondante, le malade entre presque immédiatement dans le coma et ne tarde pas à succomber.

En outre, dans les jours qui précèdent l'entrée dans un Établissement de cure, le malade a forcé la dose, vidé ses fonds de tiroirs, voulant goûter, avant la souffrance à venir, les dernières satisfactions que lui apportent le toxique.

La conduite à tenir sera donc d'injecter pendant les premières heures où le malade sera en observation des doses minimales et quelquefois même de ne pas injecter du tout de toxique jusqu'au moment où apparaissent les premiers symptômes de l'état de besoin. Ces premières heures se passent en général très bien.

L'héroïnomane est le plus souvent en même temps cocaïnoman. Il use alternativement des deux stupéfiants selon qu'il veut veiller ou dormir.

La suppression brusque de cocaïne qui s'impose d'emblée accroît l'action de l'héroïne et pour une même dose rend le sommeil plus aisé. Il y a déjà là une cause d'abaissement de la ration de luxe encore accrue par la mise au repos et l'alitement.

Le malade est dans un doux état de somnolence, ne demande qu'une chose, que ses volets soient fermés et qu'aucun bruit ne se fasse autour de lui. Il ne sort de cette torpeur que pour réclamer sa piqûre. On peut lui donner satisfaction en pratiquant une injection de sérum salé ou de spartéine.

Nous n'envisageons que la cure par injections sous-cutanées. Nous croyons, en effet, qu'il est à peu près impossible de désintoxiquer un sujet par des doses progressivement descendantes de poudre.

Le principe essentiel du traitement doit être avant tout l'ignorance où est le malade des doses qui lui sont accordées et de la progression de la diminution. Avec une poudre le malade peut la goûter, il en estime la quantité et la teneur. Il peut également toujours prétendre qu'une partie a été perdue, que la quantité absorbée n'est pas celle qu'on lui accordée.

Par conséquent, une cure de désintoxication ne peut être faite que par injections exactement titrées.

Il est un point qui nous semble capital, c'est la nécessité pour le médecin de pratiquer ces injections lui-même. S'il laisse ce soin à un personnel subalterne, il y aura sans cesse des contestations sur la dose injectée, sur deux ou trois gouttes qui seront tombées à côté. Au contraire, vis-à-vis du médecin, le malade ne proteste jamais et accepte un état de fait qu'il n'accepte pas du personnel. Le prestige personnel entre en jeu.

Nous nous souvenons, ayant eu trois toxicomanes en traitement et étant retenu ailleurs pour des raisons purement médicales, d'avoir fait pratiquer les injections par une infirmière ; il s'est élevé un véritable ensemble de protestations jaillies individuellement.

Le malade étant installé dans la chambre, une série de conventions seront à établir avec lui.

Il faut l'avertir de la façon dont se passera la cure de désintoxication. Il faut lui en appliquer les modalités, la façon dont elle se déroulera et dans quelle mesure il y collaborera.

Un autre point capital très important du traitement

est l'alitement. Il n'est pas possible de faire une cure de désintoxication sans un alitement complet. L'alitement et l'isolement sont les conditions essentielles d'une cure de désintoxication, car tout effort physique (marche, promenade), ou moral (visite des amis, de la famille, discussions qu'elles comportent) sont autant de causes de souffrance par rupture de l'équilibre maintenu entre l'état de besoin et la dose injectée.

Il suffit de suivre ce malade pour voir qu'à la suite d'une même dose, s'il est resté allongé tranquillement les heures passent assez bien. Au contraire, s'il a fait un effort physique ou s'il a eu une discussion, l'état de besoin apparaît beaucoup plus vite.

Quel que soit le toxique, nous conseillons de faire la désintoxication avec le chlorhydrate de morphine. Quoiqu'affirment les malades à leur entrée, le passage de l'héroïne à la morphine est toujours extrêmement bien supporté.

La cure se fera donc par des injections sous-cutanées au chlorhydrate de morphine ; elles seront faites régulièrement aux heures fixées, par exemple : 8h., 12h.30, 17 heures et 22 heures. La dernière dose, celle de 22 heures, étant toujours double de celles de la journée afin de donner une détente relative au malade pour la nuit.

La dose initiale, celle qui sert de dose de départ à la cure de désintoxication, ne pourra être trouvée qu'après une série de tâtonnements pendant les 24 premières heures. Il faut à ce moment donner le

moins possible et cependant donner assez pour que le malade ne souffre pas et ne soit pas découragé. Le rythme des piqûres n'est pas déterminé pendant les premières heures.

Les malades accusent fréquemment 1 gramme, 1 gr. 50 d'héroïne par jour. Nous avons vu plus haut les raisons qui motivent son estimation. Il ne faut jamais en tenir compte, le médecin se fera une opinion lui-même.

Quelle que soit la dose accusée, du reste, nous n'avons jamais eu à commencer une cure de désintoxication par une dose de morphine de plus de 20 centigrammes par jour.

Une telle dose se répartira dans la journée ; par exemple en 4 centigrammes à 8 heures, 4 centigrammes à 12 h. 30, 4 centigrammes à 17 heures et 8 centigrammes à 22 heures.

La durée totale de la cure doit être de 10 à 12 jours environ.

La diminution se fera de façon égale sur toutes les injections.

Pendant les premiers jours il n'y a pas de règle pour la diminution, on va le plus vite possible en tenant compte de l'état de besoin. On peut arriver quelquefois à gagner 2 centigrammes par jour ; au début, alors que pendant les derniers jours ces diminutions se feront $1/2$ centigramme par $1/2$ centigramme, soit une diminution pour chaque piqûre de $2/10^e$ de centigramme. Nous donnerons quelques exemples de cures de désintoxication.

M. R..., 38 ans accusant à son entrée 1 centigramme de morphine par 24 heures.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
27-5-35			0,2 cg	0,5
28-5-35	0,2		0,2	0,4
29.....	0,2		0,1	0,3
30.....				0,2

Le 2-6, toutes les piqûres sont supprimées, les jours précédents la morphine est remplacée par des injections aux mêmes heures de bromure de codéïne ou de spartévan progressivement remplacées elles-mêmes par des injections de sérum physiologique.

M. S..., 39 ans, accusant 0 gr. 50 de morphine par 24 heures.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
15-2-34	2 cg	2	2	2
16.....	1,7	1,7	1,7	2,5
17.....	1,5	1,5	1,5	2,5
18.....	1,3	1,3	1,3	2,5
19.....	1,1	1,1	1,1	2,3
20.....	1	1	1	2
21.....	0,7	0,7	0,7	1,5
22.....	0,6	0,5	0,5	1
23.....	0,4	0,3	0,3	0,6
24.....	0,2	0,1	0,1	0,3
25.....	0,1	0	0	0
26.....	0	0	0	0

Le 27, toutes les piqûres sont supprimées.

M. E., 35, ans accusant à son entrée 0,gr.25 d'héroïne.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
20-8-33	—	—	—	3
21.....	2 cg.	1,5	1,5	3
22.....	1,5	1	1	2
23.....	1	0,7	0,7	1,4
24.....	0,8	0,5	0,5	1
25.....	0,6	0,3	0,3	0,6
26.....	0,2	0,2	0,2	0,4
27.....	0,0	0,1	0,0	0,2

Le 29, toutes les piqûres étaient supprimées.

Ces tableaux montrent à tous qu'il n'existe au début aucune règle. Il faut simplement tâcher d'aller le plus vite possible.

Le traitement est donc essentiellement individuel et nous croyons qu'il est absolument impossible d'appliquer aux toxicomanes un traitement uniforme et automatique.

Dans l'intervalle, si le malade réclame ou proteste, une injection de spartéine, ou de camphre soluble ou même de bromure de codéïne lui donnera satisfaction.

On ne peut trop insister sur le rôle essentiel que joue la spartéine dans la cure de désintoxication. Elle soulage le malade et c'est une chose qui avait été signalée il y a fort longtemps par BALL et JENNINGS qui, préoccupés de la crainte de la défaillance cardiaque au cours de la désintoxication, ont été amenés à pra-

tiquer des injections de ce produit qui révèle, à l'expérience, apporter un soulagement au toxicomane.

Il faudra veiller à ce que les fonctions digestives se fassent bien. Laxatifs et purgatifs doivent être largement employés.

Un autre adjuvant essentiel de la cure est la balnéation prolongée. Dans l'heure qui précède l'injection, si le malade présente quelque impatience, quelques frissons, quelques sueurs, mais au bain il sera immédiatement calmé. Il est indispensable que le toxicomane, au cours de sa cure, dispose d'une salle de bain qu'il puisse utiliser aussitôt que les phénomènes de besoin paraissent.

Enfin, pour aider le malade à patienter pendant la nuit, quelques produits de la série barbiturique pourront être prescrits. Chaque malade réagit à son médicament. On en essaiera donc plusieurs.

Il ne faudra surtout pas en donner pendant le jour et réserver l'essentiel de la dose pour la nuit.

Il est bien entendu qu'une cure de désintoxication ne devra pas être pratiquée sans avoir fait un examen organique complet du malade : état du cœur, prise de la tension artérielle, état des poumons, recherche de l'existence d'une tuberculose, mauvais état du rein qui peuvent modifier éventuellement le traitement, amener le médecin à allonger la durée de la cure.

Quand on sera arrivé à ces doses très basses, on sera obligé de diluer le toxique dans du sérum artificiel, d'où la nécessité et cela dès le début, de remplir sa seringue en dehors de la chambre du malade, de

façon à ce qu'il n'assiste pas à ce petit travail préparatoire.

Dans les derniers jours, on ajoutera aux doses infinitésimales de toxique injectées de la spartéïne ou du bromure de codéïne.

On laissera pendant quelques jours le malade dans l'ignorance du sevrage complet auquel il est arrivé.

L'ignorance de la date exacte du sevrage permet de garder le malade au lit pendant quelques jours. On évite ainsi le déséquilibre qui se produit lorsque 24 à 48 heures après la dernière injection de morphine, le malade se lève ; un effort physique trop précoce fait reparaître l'état de besoin qui semblait avoir disparu.

Pendant cette cure de démorphinisation les progrès sont marqués par la reprise de l'appétit qui survient dès le 4^e ou le 5^e jour de la cure et ceci n'est pas sans frapper de façon profonde le malade.

L'heure des repas tant redoutée est maintenant attendue avec impatience et doit suivre le matin et à midi celle de la piqûre.

Parallèlement on assiste à la renaissance de l'appétit sexuel qui lui aussi est accusé par le malade.

La courbe de poids marque l'amélioration de l'état physique.

A aucun moment une telle cure n'est dramatique, l'insomnie elle-même n'est pas importante, le malade dort toujours au moins 3 à 4 heures, souvent plus.

Il est souvent intéressé par sa cure qui, du moment qu'elle n'est pas douloureuse, lui apparaît supportable

pourvu que le médecin passe quelques instants à bavarder avec lui, ce qui n'est pas une obligation pénible, étant donné le brillant habituel et l'intelligence généralement vive de ces malades.

Nous ne croyons pas beaucoup à la nécessité de la psychothérapie. Nous la croyons, au contraire, nuisible, car elle risque de tendre inconsciemment les rapports entre le médecin et le malade.

Le lever du malade ne devra être autorisé qu'avec une extrême prudence et d'une façon très progressive : d'abord quelques heures dans un fauteuil seront permises l'après-midi, puis les repas pourront être pris à table, viendront ensuite quelques heures de promenade au jardin, et c'est seulement 15 jours après le sevrage que le patient pourra avoir une vie normale à l'intérieur de l'Établissement, mais toujours sous surveillance.

Tant au cours de la cure que dans les jours qui suivent, aux heures où le malade se sent parfaitement bien, succèdent des heures qui marquent le retour offensif de l'état de besoin : impatiences dans les membres inférieurs, bouffées de chaleurs, sueurs ; ces irrégularités dans la progression de la convalescence sont une des raisons pour lesquelles il faut prolonger assez longtemps la surveillance du malade pendant des semaines, des mois même quand cela est possible.

Pendant toute la période qui va suivre le sevrage, des adjuvants seront à conseiller : douches tièdes, rayons ultra-violets.

Les hypnotiques auront survécu à la morphine et progressivement on les diminuera.

Combien de temps le malade devra-t-il rester sous surveillance ? Ceci est une question que pose le malade et la famille et que le médecin ne peut résoudre.

Nous verrons plus loin le pronostic de la toxicomanie, ce que nous pouvons dire c'est que dans la majorité des cas, un minimum de 2 mois est nécessaire pour que le malade soit dans les meilleures conditions pour une cure définitive. Il pourra sortir, aller se promener, mais jamais seul, toujours accompagné, soit d'une infirmière de confiance, soit de quelqu'un de sa famille.

Il ne faut sous aucun prétexte admettre qu'il puisse sortir seul, c'est là un élément de trouble qui peut porter préjudice non seulement au malade lui-même, mais aux autres malades qui pourraient être en traitement dans l'Établissement.

Il faut bien se garder de laisser croire au malade que la suppression de la morphine constitue sa guérison. Le toxicomane n'est pas guéri parce qu'il n'a plus de drogue ; il faut que le médecin essaie de lui faire comprendre que la véritable cure sera celle de sa volonté lui disons-nous, de son déséquilibre pensons-nous.

Il faut qu'il se mette dans les meilleurs conditions physiques pour que la résistance à la tentation ne lui soit pas douloureuse, ne lui soit pas pénible et seul un bon état général et une convalescence assez prolongée pourront tenter de réaliser ces conditions.

DISCUSSION DES DIVERSES MÉTHODES DE DÉSINTOXICATION

Nous avons employé personnellement la plupart des méthodes énumérées ci-dessus.

Toutes ont leurs inconvénients, toutes ont leurs avantages, nous les avons indiqués, nous les résumerons une fois de plus.

Nous ne discuterons pas le sevrage brusque, nous avons indiqué les circonstances dans lesquelles on le pratiquait et les raisons pour lesquelles il est, à notre avis, contre-indiqué.

La méthode au somnifène a l'avantage d'anesthésier le malade pendant 48 heures, il ne garde aucun mauvais souvenir de sa cure. Elle est rapide et l'état de subcoma où il est plongé l'empêche de se soustraire au traitement.

Mais, étant donné l'état de besoin du sujet, des doses considérables de somnifène sont nécessaires : 10 à 12 centimètres cubes de somnifène intra-veineuse pendant les 24 premières heures.

L'obligation où l'on est de tenir les malades à la

limite du coma barbiturique, fait passer 48 heures assez pénibles au médecin. Il a l'impression de frôler la mort.

Le malade sort de cette cure fatigué, déprimé, déshydraté, et ayant souvent présenté une courte phase d'agitation psychique.

La méthode par les lipides végétaux a le gros avantage d'être courte, réduisant ainsi les chances d'interruption de la cure par le malade.

L'administration des nombreux médicaments tient le malade en haleine et lui aide à passer les heures les plus pénibles.

Elle a le gros inconvénient, à notre avis, de ne reposer que sur une hypothèse physiologique.

D'autre part, elle nous a paru extrêmement pénible pour les malades, réalisant, comme nous l'avons vu plus haut, le tableau du sevrage brusque.

Elle ne peut être appliquée aux sujets en mauvais état général; pour les petitsintoxiqués, elle est superflue.

Les quelques jours que l'on a pu gagner ne nous semblent pas suffisants pour compenser l'altération de l'état général.

Il est, d'autre part, difficile d'admettre que 3 ou 4 jours après l'application de cette thérapeutique énergique, un toxicomane puisse être remis en circulation, la rechute à brève échéance est à peu près inévitable, étant donné les retours offensifs de l'état de besoin et le temps insuffisant laissé au malade pour la reprise du rythme de sommeil normal.

La méthode de suppression rapide, par sa progressivité, n'apporte aucun trouble de l'état général, aucun trouble important des fonctions digestives. Après la période de tâtonnements et dès que le tableau de diminution est établi, la cure va se poursuivre de façon progressive en même temps que l'état général s'améliore, l'appétit revient, le malade engraisse et l'insomnie devient plus réductible par les hypnotiques.

Le malade commence sa convalescence dès que l'on a la notion de la dose de toxique qui doit lui être administrée.

Enfin, la méthode de suppression rapide a l'avantage de pouvoir être proportionnée au degré d'intoxication du malade. Elle peut être écourtée à 2 ou 3 jours pour les petits toxicomanes. Elle peut être allongée si le besoin en est.

Pour illustrer cette discussion nous rapporterons deux observations :

Une malade, M^{lle} B., âgée de 24 ans, entrée le 27 février 1933, intoxiquée depuis 2 ans, elle accuse 1 gramme d'héroïne et 1 gramme de cocaïne par jour.

Traitée par la méthode des lipides, elle sort le 14 mars, après une cure qui fut dramatique pendant 5 jours.

Elle prétend être restée sevrée jusqu'en septembre ; mais les milieux qu'elle fréquentait à la sortie de la Maison de Santé, permettent de penser que la récidive fut beaucoup plus rapide.

Elle revient à la Maison de Santé le 16 juillet 1934,

prenant encore 1 gramme d'héroïne par jour et 1 gramme de cocaïne. Voici le tableau de désintoxication par la méthode de suppression rapide durant son second séjour.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
16-7-34			0	0
17.....	0	0	2 cg.	2
18.....	1 cg.	1	1	1,5
19.....	0,8	0,8	0,8	1,4
20.....	0,7	0,7	0,7	1,3
21.....	0,6	0,6	0,6	1,2
22.....	0,5	0,5	0,5	1
23.....	0,4	0,2	0,4	0,8
24.....	0,3	0,3	0,3	0,6
25.....	0,2	0,2	0,2	0,4
26.....	0,1	0,1	0,1	0,1

Le 29, toute piqûre était supprimée.

Elle sort le 10 août. Bien qu'elle nie toute récédive, elle nous donne fin septembre l'impression, malgré ses dénégations, d'avoir recommencé. La comparaison qu'elle fit des deux méthodes fut tout à l'avantage de la méthode de suppression rapide. Nous n'attachons d'ailleurs que peu d'importance à ce que peuvent raconter les malades ; ce n'est pas eux qui doivent juger la méthode, mais bien les médecins qui l'emploient.

Mlle T., 24 ans, héroïnomanie depuis trois ans, avait été désintoxiquée au cours de l'été 1934 par la méthode des lipides dans le Midi de la France ; elle crut devenir folle, dit-elle, fut très agitée, elle

se blessa même au visage en tombant et quitta la Maison de Santé aussitôt après la cure. Son état général resta mauvais pendant des mois.

Une rechute se produisit 4 mois après ; à son arrivée à la Maison de Santé, elle accuse 1 gramme d'héroïne. Voici le tableau de sa désintoxication.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
27-10-35				1 cg.
28.....	1	1	1	2
29.....	0,9	0,9	0,9	1,8
30.....	0,8	0,8	0,8	1,6
31.....	0,7	0,7	0,7	1,4
1-11-35	0,6	0,6	0,6	1,2
2.....	0,5	0,5	0,5	1
3.....	0,4	0,4	0,4	0,8
4.....	0,3	0,3	0,3	0,6
5.....	0,2	0,2	0,2	0,4
6.....	0,1	0,1	0,1	0,2
7.....	sérum	sérum	sérum	sérum

Le 9-11-35, toutes les piqûres sont supprimées.

Sevrée complètement le 6 novembre, elle consent à rester jusqu'au 2 décembre et sort en excellente forme, transformée tant au point de vue physique qu'au point de vue moral. Une nouvelle rechute s'est produite vraisemblablement une quinzaine de jours après le départ de la Maison de Santé. Elle rentre de nouveau le 4 janvier pour se désintoxiquer. Voici le tableau de sa désintoxication.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
4-1-36				2 cg.
5.....	1	1	1	2
6.....	0,9	0,9	0,9	1,8
7.....	0,8	0,8	0,8	1,6
8.....	0,65	0,65	0,65	1,3
9.....	0,5	0,5	0,5	1
10.....	0,3	0,3	0,3	0,6
11.....	0,2	0,2	0,2	0,4
12.....	0,1	0,1	0,1	0,2

Sevrée le 13, elle veut sortir de la Maison de Santé le 14, l'état général étant excellent ; mais cependant nous estimons que cette sortie prématurée ne pouvait donner aucun résultat, étant donné le paroxysme de l'état de besoin qui a déterminé ce départ précipité.

La malade a rechuté peu de temps après sa sortie de la Maison de Santé. Nous n'avons pu en savoir la date exacte.

PRONOSTIC DES TOXICOMANIES

Le pronostic de la cure de désintoxication doit être envisagé sous deux angles : le pronostic immédiat et le pronostic à longue échéance.

Du pronostic immédiat nous ne dirons pas grand'chose. On arrive toujours, ou à peu près, à amener le malade au sevrage brusque, pourvu qu'il n'y ait aucune fuite, pourvu que l'on soit patient avec le malade. S'il résiste pendant les 48 premières heures, la partie est en général gagnée.

Pour ce qui est du pronostic éloigné, nous devons évidemment considérer les deux formes de toxicomanies : accidentelle et constitutionnelle.

Nous avons déjà fait allusion à la différence qu'il pouvait y avoir entre elles.

Nous ne reviendrons pas sur les premières qui guérissent toujours une fois la cause de la toxicomanie déterminée et supprimée.

Nous insisterons sur les secondes, ce sont elles qui posent le problème social.

De la délimitation difficile entre les toxicomanies

accidentelles et les toxicomanies constitutionnelles. — Mais auparavant, nous voulons montrer combien il est difficile dans certains cas de faire la différence entre le toxicomane accidentel et le toxicomane constitutionnel.

Il n'est pas rare de faire une erreur de pronostic qu'une découverte clinique ultérieure permettra de transformer.

Certains auteurs ont même pu discuter la réalité de cette distinction.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de voir une malade âgée de 32 ans, présentant des névralgies du membre inférieur, à qui nous avons fait tous les anti-névralgiques et sédatifs de la douleur possibles. Le sujet avait eu recours à l'héroïne depuis 4 ans. La cure de désintoxication est menée à bien, les algies persistent et nous pensons nous trouver en face d'un chantage à la douleur si fréquent chez les sujets qui nous occupent. La malade rechute. Quelques temps après un examen radiologique montrait un spina bifida avec une bride à son niveau, une intervention chirurgicale supprime la douleur et la malade guérit et de ses algies et de sa toxicomanie.

Plus intéressante encore est cette deuxième observation, celle de M. S., âgé de 51 ans, dont voici le résumé de l'histoire clinique.

En 1912 : appendicite et péritonite.

En 1921 : crises de coliques néphrétiques à l'occasion desquelles trois calculs du rein gauche sont

décélés : cependant malgré l'intervention, les douleurs persistent pendant plus de six semaines.

En janvier 1931 : réapparition des douleurs nécessitant de temps à autre une injection de pantopon.

En avril 1931 : nouvelle intervention, la douleur devient insupportable. Tout est alors essayé sans résultats : diathermie, galvanisation d'abord.

En octobre 1931 : injections intra-dermiques de novocaïne sur la cicatrice.

En janvier 1932 : une radiographie se montre négative. Six séances de radiothérapie suivies d'ionisation calcique sont appliquées.

En août 1932 : décapsulation du rein.

En mars 1933 : cure de venin de cobra ; le malade prenait alors 1 centigramme de pantopon par jour.

En mai 1933 : il essaie la méthode chinoise.

En juillet 1933 : il essaie les traitements balnéaires locaux.

	8 h.	12 h.	17 h.	22 h.
19-7-33				1
20.....	0,5	0,5	0,5	1
21.....	0,4	0,5	0,4	0,8
22.....	0,3	0,4	0,3	0,6
23.....	0,3	0,3	0,3	0,5
24.....	0,2	0,3	0,2	0,4
25.....	0,2	0,2	0,2	0,3
26.....	0,2	0	0,2	0,3
27.....	0	0	0	0,2

Le 29, le malade n'avait plus aucune piqûre.

A ce moment il avait 3 à 4 centigrammes de panto-

pon par jour. Il entre alors en Maison de Santé. La désintoxication est pratiquée suivant le tableau ci-devant.

Le 29-7-33, le malade n'avait plus aucune piqûre.

Les douleurs persistent et le malade reste très agité. Il menace de se jeter par la fenêtre si on ne lui fait pas de morphine. A dix heures du soir, le 14 septembre, une piqûre d'eau distillée lui est faite et le lendemain matin le malade dit avoir passé une nuit excellente.

Le salicylate de soude est essayé, mais il est arrêté car il semble augmenter les douleurs.

A ce moment du reste le malade présente un tel état mental (se plaignant, revendiquant, menaçant même), que l'on appelle un consultant qui constate « état hypocondriaque ». Le malade manifeste un manque d'intérêt total pour tout ce qui l'entoure, il a une diminution d'affectivité et même peut-être un léger affaiblissement mental. Un problème est alors posé par le médecin : l'internement.

Le 20 octobre 1933, pendant une crise douloureuse, on fait une injection de morphine, le malade prétend ne pas avoir été soulagé. Il quitte la Maison de Santé sevré de son toxique, mais accusant la même douleur.

Quelques mois après une nouvelle radio est pratiquée. L'intervention qui suivit permit d'extraire un nouveau calcul et la pointe d'une aiguille de Reverdin.

Depuis le malade a repris sa vie, son activité.

Ce cas est intéressant parce qu'il marque chez le malade une histoire pathologique complexe avec in-

terventions multiples, avec des troubles et des douleurs difficilement localisables, mal déterminées qui sont souvent l'apanage de toxicomanies constitutionnels.

Pronostic des toxicomanies constitutionnelles. — Chez les toxicomanes constitutionnels, autant le pronostic immédiat est satisfaisant quelle que soit la méthode employée, autant le pronostic à longue échéance est mauvais quelle que soit également la méthode employée.

On supprime le toxique, on ne guérit pas la toxicomanie.

Si le sujet est trop vite livré à lui-même, un retour offensif de l'état de besoin peut être à l'origine de la rechute.

Mais le plus souvent le moindre incident de la vie courante la motive : une discussion puérile avec l'entourage, la nécessité d'être brillant en société, l'ennui de la solitude, une nuit d'insomnie ou des difficultés pécuniaires. Il existe toujours un excellent prétexte pour annuler le résultat de plusieurs semaines d'efforts.

Chez ces malades, le pronostic est conditionné par leur état mental.

La toxicomanie n'est en réalité qu'un symptôme d'un état mental mal défini que l'on peut tout de même rapprocher d'un état de déséquilibre avec perversion.

Elle s'accompagne en effet toujours de troubles

du comportement, de modifications de l'instinct sexuel (inversion, perversion), avec mythomanie.

La toxicomanie fleurit surtout dans certains milieux tels que le demi-monde, le théâtre, le cinéma maintenant et certains milieux pseudo-littéraires, chez les déséquilibrés qui cherchent dans une expédition lointaine un moyen de gagner rapidement de l'argent, mais, en même temps, une évasion.

Le toxicomane cherche dans la drogue, une évasion de la vie courante, de ses responsabilités, de ses difficultés, de ses peines.

Dans le corps médical, les toxicomanes sont peu nombreux et parmi tant de médecins que nous connaissons, dont la plupart manient les toxiques de façon constante, il en est seulement un petit nombre qui succombent à la tentation. Le nombre des débits de vins facilite la diffusion de l'alcoolisme, il ne le crée pas.

La grande excuse des toxicomanes, c'est la tentation, c'est le marchand qui vient leur offrir de la drogue ; pour notre part, nous n'avons jamais rencontré de ces fournisseurs bénévoles et bienveillants.

L'élément constitutionnel apparaît, du reste, de façon assez précise dans le rôle que joue l'élément héréditaire dans la notion de la polyvalence des toxicomanies.

Nous avons eu l'occasion de soigner une malade âgée de 45 ans, toxicomane depuis 11 ans.

Sa mère avait été morphinomane ; sevrée, elle était tombée dans un alcoolisme tellement invétéré qu'il

avait nécessité son placement à l'asile de Saint-Maurice.

Elle-même, à la suite d'une intervention chirurgicale, était devenue toxicomane, son mari avait ignoré son vice pendant 9 ans. Quand celui-ci en eut la révélation, il résolut de la faire soigner. Après plusieurs essais de cure à domicile, la malade nous est amenée en Maison de Santé, le 10 avril 1928.

Son sevrage nécessite un séjour de 5 semaines. Elle nous quitte pour aller se reposer à la campagne, admirablement surveillée par une infirmière compétente. Mais le 4 août 1928, elle revient nous trouver pour une nouvelle cure de désintoxication.

Elle traîne pendant deux ans, sans reprendre de morphine, mais pendant toute cette période, elle ingère force barbituriques qui ont exactement réalisé chez elle le tableau des toxicomanies barbituriques, tel qu'il a été décrit dans la thèse de LE GUILLANT : amaigrissement effrayant, inactivité sociale complète et état d'hébétude constant, désintéressement absolu de tout le monde extérieur. Devant la gravité de son état, elle revient du 20 avril au 20 mai 1930 en convalescence, puis, elle fait un nouveau séjour, au mois d'octobre 1930, pour une nouvelle cure de désintoxication.

Dans l'intervalle, la crise est survenue, la situation financière du mari s'est modifiée, l'état physique de la malade est tel après cette cure de désintoxication, qu'il l'emmène à la campagne et là, elle ne tarde pas à recommencer à prendre un toxique.

La situation financière rend difficile l'achat de la drogue et les ordonnances sont difficiles à obtenir des médecins.

A ce moment, la malade et son mari acceptent de recevoir, chez eux, la maîtresse du médecin, d'héberger celle-ci, en échange de quoi, les ordonnances seront fournies.

Ainsi les mois passent, le mari fait faillite, la situation financière s'aggrave, le mari tue ses deux chiens dans sa maison de campagne avant de fermer celle-ci qui sera comprise dans la faillite. Sa femme regagne Paris ; il leur reste quelques dizaines de mille francs. A ce moment, le mari vient nous trouver pour tenter une nouvelle cure de désintoxication. En souvenir de temps révolus, nous acceptons de faire une cure à crédit, on sait ce qu'elle signifie dans ce cas. Il accepte d'abord, puis revient nous trouver en nous disant : « Ce n'est pas la peine de faire une autre tentative, je me suis arrêté à une autre solution. Il est inutile de rien tenter, je viens de risquer mes derniers 60.000 francs dans une spéculation malheureuse et je les ai perdus. »

Nous recevons ensuite la visite de la malade qui nous confie que son mari se couche chaque soir avec un revolver sous son oreiller. Peu de jours après, nous recevons une lettre du mari nous remerciant de ce que nous avions l'intention de faire, mais regrettant de ne pouvoir profiter de l'avantage que nous lui avions accordé.

Le même jour nous voyons dans les journaux l'an-

nonce de la mort du couple, lui l'ayant tuée et s'étant tué après.

Nous nous excusons de nous être un peu appensatis sur cette histoire, mais elle présente l'intérêt de bien montrer combien la présence de la toxicomanie dans une vie ou dans une famille, peut perturber les existences et poser des problèmes qui ne peuvent être résolus que par la déchéance ou par la mort.

Chez cette malade l'abstinence entraînait une altération de l'état général impressionnante. La morphine faisant partie de sa vie ; la lui supprimer, aurait été la tuer socialement.

Il y a là, véritablement, des cas où la morphine fait partie inhérente de l'existence du sujet. Ces cas sont rares du reste, mais il faut les connaître.

Un autre de nos malades, petit anxieux, vient annuellement faire une cure de désintoxication très rapide, 2 ou 3 jours, étant donné qu'il ne monte jamais au-dessus de 3 centigrammes par jour. Il se guérit, reste pendant 3 ou 4 mois sans prendre de morphine, puis la fatigue apparaît et la morphine lui est nécessaire pour lui permettre de finir l'année, comme stimulant.

Ce cas ne représente qu'une très petite proportion de malades, dans la presque totalité des cas, le sevrage donne un renouveau de vitalité au sujet et l'on a l'impression que le malade détruit sa propre personnalité et son organisme en s'intoxiquant.

Toxicomanie et mariage. — La différence entre les deux types de toxicomanies apparaît de façon plus évidente chez les ménages de toxicomanes.

Le prosélytisme des toxicomanes est tel, qu'il est bien rare qu'un des conjoints n'incite pas l'autre à goûter au toxique.

Dans nombre de cas, il n'y a pas contagion, le partenaire résiste ; souvent même, le spectacle auquel il assiste lui donne une sainte horreur du toxique.

D'autres fois, au contraire, il cède, il faiblit et le voici contaminé.

Dans ce cas, il s'agit d'une véritable toxicomanie accidentelle.

Nous avons vu plus haut un premier cas où le mari se suicide et la femme reste désintoxiquée.

Dans un second cas, le mari devient aliéné et meurt au cours d'un accès de délire aigu, la femme est surveillée et depuis plusieurs années elle n'a pas repris de toxique.

Dans un troisième autre cas, lui était un garçon très brillant, remarquablement intelligent, inculpé de trafic de drogue. Il entre en Maison de Santé, nous informe qu'il est sous le coup d'un mandat d'amener. Nous nous informons auprès des autorités pour savoir la conduite à tenir. Il nous est répondu que le secret médical nous interdit de révéler aux autorités judiciaires la situation juridique du patient. Le malade est complètement désintoxiqué, sa maîtresse vient alors subir la même cure. Elle n'a pas eu de récidive depuis cinq ans. Quant à lui, à sa sortie, il recom-

mença, puis le mandat d'amener qui le menaçait fut exécuté. Emprisonné, il se jette d'une hauteur de 17 mètres, se fracturant les deux cuisses et les deux jambes. Nous voyons le malade à sa sortie de prison, il est infirme, obligé de marcher avec deux cannes. Bientôt nous apprenions par son amie qu'il s'était suicidé en s'injectant une dose massive de morphine, en même temps qu'il avait ouvert le robinet à gaz.

Toxicomanie et internement. — Quelquefois, quelle que soit la méthode employée, l'échec est certain.

Dès son arrivée dans l'Établissement de cure, le malade, le soir même ou le lendemain, repart.

En cours de cure, le malade n'a pas la patience d'en attendre la fin, il l'interrompt.

Lorsque la cure est finie le malade n'accepte pas de demeurer le temps nécessaire pour consolider sa guérison.

On a pu demander au malade, avant son entrée dans un service libre, de bien vouloir signer l'engagement de ne pas quitter l'Établissement, avant que la cure soit achevée. Cet engagement n'est qu'une contrainte morale, nul n'ayant le droit d'aliéner sa liberté.

L'obligation où est le médecin de composer sans cesse avec un être instable, variable et dépourvu de volonté, a quelquefois quelque chose de lassant et de décourageant.

On a donc pu se poser la question de savoir si, dans un certain nombre de cas, et peut-être même, si le

traitement de la morphinomanie, ne serait pas mieux réalisé dans un Établissement fermé.

La loi, actuellement, ne permet pas que le malade demande lui-même son placement ce qui serait une solution. L'internement pour un toxicomane qui n'a pas de troubles mentaux évidents et qui, d'autre part, ne présente pas de réactions anti-sociales justifiant son placement, est impossible.

Il est plus difficile encore à motiver chez le morphinomane que chez l'alcoolique. Une crise de delirium tremens peut permettre des interventions chez les premiers, qu'on ne peut justifier chez les seconds.

Nous avons eu un de nos malades qui, après avoir fait plusieurs séjours chez nous, a été interné pendant 4 mois à Sainte-Anne et son séjour prolongé n'a pas empêché sa rechute et son suicide ultérieur.

Seule une loi rappelant la loi anglaise, faisant une obligation au malade, après plusieurs récidives, de se soigner, permettrait de l'influencer efficacement.

Avenir des toxicomanes. — Quel va être l'avenir de ces malades ? Il est sombre, il aboutit au suicide, à l'asile, à la déchéance sociale ou à la prostitution.

SUICIDE. — Sur 30 toxicomanes que nous avons suivis personnellement, trois, à notre connaissance, se sont déjà suicidés ; c'est donc une proportion minimum de 10 % sur ces 30 cas.

ALIÉNATION MENTALE. — Un de nos malades s'est guéri de sa morphinomanie, mais elle a été remplacée

par un délire hallucinatoire à base d'influence apparu à l'âge de 35 ans.

DÉCHÉANCE SOCIALE. — La statistique n'a pas besoin d'être faite pour ce qui est de la déchéance sociale ; il suffit d'avoir connu quelques toxicomanes pour avoir le sentiment très net que la toxicomanie comporte un pronostic social à peu près inéluctable. Telle femme que nous avons vue brillante, richement entretenue, habitant un superbe appartement, possédant voiture, chiens de luxe fournis par un amant souvent en renom, de tout cela, il ne reste quelques années après qu'une épave jetée à la rue, souvent prostituée de bas-étage.

S'il s'agit d'une femme mariée, elle n'a pas manqué d'entraîner, avec elle, dans sa ruine, mari et famille.

S'il s'agit d'un homme, c'est la perte d'une belle situation, la gêne, le carambouillage, le chèque sans provision, si ce n'est le commerce de la drogue.

La longévité n'est pas le fait du toxicomane, de multiples complications, en effet, font que leur existence est écourtée : tuberculose, infection générale à point de départ local, abcès, septicémie consécutive à des défauts d'asepsie, lésions rénales, sensibilité particulière à la moindre affection qui, de ce fait, comporte un pronostic beaucoup plus sombre. Toutes ces complications sont d'autant plus graves qu'un toxicomane est sans argent, sans ressources et qu'il a bientôt lassé les amitiés et les dévouements les plus

grands. Il existe quelques vieux toxicomanes et ceux au-dessus de 50 ans sont l'exception ; le plus souvent la surveillance affectueuse d'une mère a pu sauvegarder le patrimoine évitant ainsi une chute verticale.

PROPHYLAXIE SOCIALE DES TOXICOMANIES

Nous venons de voir les résultats du traitement des toxicomanies et leur pronostic au point de vue individuel.

Une nation ne peut demeurer indifférente à la diffusion d'une affection, lorsqu'elle risque de menacer la puissance du pays ou son avenir. Le Gouvernement est obligé de prendre certaines mesures dont la sévérité et l'application sont en rapport direct avec les dangers que comporte cette affection.

Au Moyen Age, les Gouvernements ont été obligés, devant l'extension de la lèpre, de créer des léproseries et de prendre des mesures exceptionnelles contre les lépreux (interdiction d'entrer dans les villes, signes distinctifs, etc...). L'atténuation de ce fléau a fait disparaître tous ces règlements.

La fréquence des intoxications barbituriques aiguës pose actuellement le problème de leur réglementation.

En 1916, le Gouvernement s'est trouvé dans l'obligation de voter une loi qui tend à limiter la diffusion

des alcaloïdes. Cette loi du 12 juillet 1916 punit « l'usage des stupéfiants en société » et « le fait d'en faciliter l'emploi ». Elle prévoit également des sanctions contre tout individu qui est trouvé « porteur, sans motif légitime, de l'un des alcaloïdes vénéneux visés par l'article 2 ».

Les enquêtes et les recherches sont malheureusement rendues difficiles du fait de la solidarité qui unit tous les membres de la grande famille des toxicomanes, clients et fournisseurs, trafiquants et victimes.

Ce n'est pas une de nos moindres surprises que de voir des sujets guéris, à qui nous demandons le nom de leur marchand de drogues, refuser de nous le donner par solidarité et peut-être aussi, avec l'intention secrète de ne pas se fermer définitivement une porte.

Le trafiquant joue le même rôle, quand il n'est pas le même individu, en toxicomanie qu'en prostitution. Il est le tentateur qui sait consentir des sacrifices immédiats pour des profits plus lointains. Il est l'âme charitable qui, un soir de cafard, offrira gracieusement à sa victime désorientée le philtre d'oubli qu'il lui fera payer si cher, ultérieurement.

La loi fournit les moyens de répression, c'est son exacte application qu'il faut demander.

Le problème des toxicomanies dépasse le cadre national. Déjà, en 1911, une conférence internationale s'était réunie. La Société des Nations a un Comité de l'Opium. Mais là on se heurte, en politique sanitaire comme en politique générale, à des antagonismes na-

tionaux, à des intérêts économiques divergents, à des sphères d'influence. Il a été impossible de mettre debout une réglementation efficace de la production de l'opium.

Il en est des toxicomanies comme des grands fléaux sociaux pour lesquels les progrès de la médecine n'ont pas encore permis de découvrir une thérapeutique efficace et constante.

C'est la prophylaxie qui permettra, jusqu'à nouvel ordre, l'action la plus efficace, encore qu'elle ne soit qu'esquissée dans le cadre national et seulement envisagée dans le cadre international.

CONCLUSIONS

1° Il existe deux types de toxicomanies : les toxicomanies accidentelles et les toxicomanies constitutionnelles.

2° Il est parfois extrêmement difficile de faire le départ entre toxicomanies accidentelles et toxicomanies constitutionnelles. Tel pronostic pourra être réformé après une intervention médicale heureuse.

3° Le pronostic de la toxicomanie est conditionné par l'état mental du malade.

4° La cure de désintoxication ne donne des résultats définitifs que chez les toxicomanes accidentels.

5° Chez le toxicomane constitutionnel, par la cure de désintoxication, on supprime le toxique, on guérit l'intoxication, mais on ne guérit pas la toxicomanie.

6° Il faut se méfier de toutes les méthodes qui

basent la cure de désintoxication sur un autre toxique : alcaloïdes ou barbituriques.

7° Le traitement par les lipides, parti d'une hypothèse physiologique intéressante, présente l'avantage de ne pas se baser sur la substitution d'un toxique à un autre.

8° Il a l'inconvénient de se rapprocher du véritable sevrage brusque.

9° La méthode qui donne le plus de satisfaction est la méthode de suppression rapide en 10 à 12 jours, le malade étant alité et isolé.

10° Quel que soit le toxique employé, quel que soit le mode d'injection, le mieux est de pratiquer la désintoxication par injection sous-cutanée au chlorhydrate de morphine facile à doser.

11° Le pronostic à longue échéance des toxicomanies constitutionnelles est mauvais, la toxicomanie n'étant qu'un des éléments d'un véritable syndrome mental.

12° Dans les ménages de toxicomanes, un des conjoints est souvent toxicomane accidentel par contagion.

13° L'internement, pour le traitement des toxicomanes, n'est actuellement réalisable, en France, que dans des conditions spéciales et exceptionnelles.

14° Les suicides sont fréquents, chez les toxicomanes (10 %).

15° Le pronostic social de la toxicomanie est particulièrement sombre.

16° Le traitement des intoxications morphiniques relève du médecin, la prophylaxie de la toxicomanie dépend avant tout du législateur.

Vu : *Le Doyen*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BALL (B.) et JENNINGS (L.). — Considérations sur le traitement de la morphinomanie. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 29 mars 1887).
- BUVAT (J. F.). — Réflexions sur les toxicomanies (*Gazette des Hôpitaux*, n° 19, 8 mars 1933, p. 353).
- CHAVANY (J. A.). — Réflexions sur la morphinomanie et son traitement (*Notes pratiques d'actualités médicales*, n° 124, avril 1933).
- CHAVANY (J. A.). — Hygiène des nerveux. « Collection Hygiène et diététique » (Doin, éd., 1933).
- COMAR et BUVAT. — Cas d'héroïnomanie (*Presse Médicale*, 6 juillet 1904).
- COPELAND. — The narcotic drug and the New-York city health (*Weekly Bull. of the dep. of health City of New-York*, 22 novembre 1920).
- COPELAND. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XXIV, page 651.
- DUHEM. — L'héroïne et les héroïnomanes (*Progrès Médical*, 1907, p. 113).
- DUPOUY (R.). — Les opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Paris, Alcan, éd. 1912.
- DUPOUY (R.). — Quelques réflexions sur la morphinomanie (*Annales médico-psychologiques*, Paris, 1922, 12^e série, p. 453-456).

- DUPOUY et DELAVILLE. — Du traitement des toxicomanies par les lipides végétaux. (*Encéphale*, t. 39, n° 3, mars 1934) ; (*Presse Médicale*, n° 99, 12 décembre 1934) ; (*Hygiène Sociale*, n° 122, 25 juin 1924).
- DUPOUY (R.) et PICHART (H.). — Toxicomanie intra-veineuse (*Annales médico-psychologiques*, 14^e Série, A, n° 5, mai 1932, p. 551).
- DUPRÉ et LOGRE. — La morphinomanie (*Nouveau Traité de Médecine*, publié sous la Direction des Professeurs Roger, Vidal et Teissier).
- FOREL (O. N.). — Les toxicomanes, considérations psychologiques et thérapeutiques (*Annales médico-psychologiques*, 1^{re} Série, novembre 1931, p. 374.)
- GHELERTER (G.). — Les toxicomanies. Etude médico-sociale (*Thèse*, Paris, 1929).
- JACOB (W.). — Zur Statistik (*Archiv für psychiat. und Nervestr.*, 1925, p. 212).
- JANUSZ (W.). — Méthode personnelle du traitement des intoxications morphiniques par l'oxygène, le glucose et l'insuline (*Nowyny Kekariskie*, t. LVI, n° 49, 1^{er} octobre 1934).
- JENNINGS. — Morphinisme et morphinomanie (Traduction H. Mignon, Paris, 1910, Vigot Ed.).
- JOUFFROY (M. A.). — Leçons faites à l'Asile Sainte-Anne en janvier 1897 recueillies par le Dr Antheaume (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 15 novembre, 3 et 10 décembre 1899).
- KRAINIK (R.). — Les principes d'une nouvelle thérapeutique des toxicomanies (*Monde médical*, 15 novembre 1935).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ (André) et DELMAS (A.). — *Pratique psychiatrique*, Baillière, 1929, p. 397 et p. 568.
- LAMBERT (A.). — Traitement de la morphinomanie (*The journal of the American medical association*, t. XCVI, n° 11, 41 mars 1931).
- LÉVY (J.), CAHEN (R.). — Sur l'accoutumance à la morphine. Action de la morphine *in vivo* et *in vitro* sur l'intestin isolé du cobaye (*Journal de Physiologie*, octobre 1931, n° 3, septembre 1933).
- LEVY-VALENSI. — *Pratique médico-chirurgicale*, 1931, t. V, p. 708).

- MAGOULAS. — La cure de la morphinomanie. Traitement de Lafoux (*Thèse Montpellier*, 23 juillet 1899).
- MONTAGNI. — Un cas d'héroïnomanie (*reforma medica* an XX, n° 35, 30 mars 1904, p. 905).
- NEUBERGER. — La cure de désintoxication doit-elle être une cure de souffrance ? (*Echo de ma médecine*, 15 novembre 1932).
- ROJAS (N.). — L'adrénaline dans la démorphinisation (*L'Encéphale*, 1930, XXV, pp. 316-318).
- SAHEL. — Nouveau traitement de la morphinomanie (*Imprensa Medica*, Rio-de-Janeiro, 5 décembre 1930).
- SOLER (J.). — Contribution à l'étude du traitement de la morphinomanie. (*La Semana medica*, Buenos-Aires, 20 août 1931).
- SOLLIER (P.). — Traité thérapeutique appliqué publié sous la Direction d'Albert Robin, 1896, fascicule 3, p. 166.
- SOLER (J.). — Héroïne et héroïnomanie (*Presse médicale*, 1905, p. 428).
- SOLLIER (P.) et MORAT (D.). — Sympathique métabolisme basal, sensibilisation, élimination dans la morphinomanie et la désintoxication (*Presse médicale*, n° 20, p. 330, 8 mars 1930).
- TERRY (Ch.-E.) et PELLENS (M.). — The opium problem (Edité par le Bureau d'Hygiène sociale de New-York, 1928).
- URECHIA (C. I.) et KERNBACH (M. K.). — Les morphinomanes d'opportunité (*Annales médico-psychologiques*, II, 1931, p. 176).
- VERVAECK (L.). — Existe-t-il un péril toxique en Belgique ? (*Progrès Médical*, 1926, p. 1209).
- ZENDER (J.). — La question de l'opium, 1929. Imp. Jent S. A., Genève.

